Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 2259 de 2014

CÁMARA DE EMERGENCIA MÓVIL DEL URUGUAY

ver exposición

DIRECTORIO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO (ASSE)

Aprobación
ver exposición

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Aprobación
ver exposición

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 3 de setiembre de 2014

(Sin corregir)

PRESIDE: Señora Representante Berta Sanseverino.

MIEMBROS: Señores Representantes Antonio Chiesa Bruno, Ivonne Passada y Daniel Radío.

INVITADOS: Por la Cámara de Emergencia Móvil del Uruguay, doctores Guillermo Vázquez, Jorge Díaz y Escipión Prosper.

SEÑORA PRESIDENTA (Sanseverino).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social da la bienvenida a una delegación de la Cámara de Emergencias y Asistencia Médica Extrahospitalaria del Uruguay, integrada por los doctores Guillermo Vázquez, Jorge Díaz y Escipión Prosper

Debo decir que conocemos la importancia del tema que vienen a plantear hoy.

SEÑOR VÁZQUEZ.- En primer lugar, agradecemos a la Comisión por la respuesta que dio a nuestra solicitud de entrevista. Para nosotros es un placer estar acá.

Voy a leer un documento para que quede mejor testimoniada nuestra posición.

Dice así: "Nuestra Cámara nuclea 45 empresas en todo el territorio nacional, dichas empresas prestan servicios a 1.000.000 de usuarios brindando 1.500.000 asistencias por año.- Las empresas nucleadas en la Cámara son además responsables del servicio SAME- 911 de asistencia en vía pública, con más de 25.000 asistencias por año en todo el territorio nacional.- Nuestras empresas forman parte fundamental del primer nivel de atención en el sistema sanitario, siendo referentes y contando con gran prestigio en la población.- El procedimiento asistencial de nuestros servicios comienza generalmente con una llamada a nuestras cabinas telefónicas asistenciales.- A los efectos de prestar una asistencia adecuada, las solicitudes son clasificadas en función de la gravedad de las mismas en llamados de emergencia, conocidos como clave 1, llamados de urgencia, conocidos como clave 2, y llamados de baja complejidad, conocidos como clave 3. Esta clasificación no es permanente sino que se trata de una foto del paciente al momento de la solicitud de servicio y puede tener una evolución dinámica.- Del total de asistencias que las emergencias médicas móviles prestan en todo el territorio nacional, el 95% queda en su domicilio. Esto demuestra la alta capacidad de resolución que tienen nuestros servicios y nos hace reflexionar acerca de qué seria de los sistemas de puerta de emergencia de los prestadores integrales si nuestros servicios móviles dejaran de prestar dicho servicio que resuelve 1.425.000 asistencias en domicilio.- De esto se desprende que solo derivamos a los prestadores integrales el 5% de los pacientes asistidos.- Los pacientes trasladados en algunos casos requerirán una internación definitiva y otros requerirán exámenes paraclínicos para descartar patologías graves y muchas veces, en el transcurso de las horas de su llegada al servicio de emergencia, serán dados de alta a su domicilio.- Esto no significa que el traslado no fuera justificado, sino que su patología no necesita una estadía prolongada en el centro asistencial del prestador integral.- Por poner un ejemplo, un paciente que tenga factores de riesgo coronario y presente un dolor con características de sufrimiento coronario, y un electrocardiograma con alteraciones o aún sin ellas, debe ser trasladado a un centro asistencial para realizar un examen de enzimas cardíacas. En caso de que este sea negativo, el paciente se irá nuevamente a su domicilio, previa consulta con un médico general o cardiólogo. Vale decir que el paciente fue dado de alta pero fue correctamente derivado por la emergencia móvil pues la capacidad de diagnóstico y tratamiento que se puede brindar en una ambulancias es acotada en recursos diagnósticos y terapéuticos.- Como es de vuestro conocimiento, en el caso de los traslados de pacientes a centros asistenciales públicos del área metropolitana administrados por ASSE se verifican, desde hace más de 10 años, demoras en la recepción de los pacientes, con esperas que promedialmente son de 2 horas con picos de hasta 10 o más en algunos casos.- No es así en todos los efectores de ASSE de Montevideo, pues el Hospital Pereira Rossell tiene un tiempo de espera promedio de 13 minutos, muy semejante al promedio de los prestadores mutuales que está en los 15 minutos promedio.- Sin duda es el paciente (objetivo fundamental de nuestro trabajo) que ve vulnerados sus derechos a recibir una atención oportuna, que se ve retrasada por esas demoras. Esto genera, a su vez, una importante dificultad operativa en nuestros servicios, ya que de manera aleatoria sus unidades quedan retenidas, siendo que nuestra función implica tener la mayor cantidad de móviles disponibles para la asistencia que se requiera en cualquier momento.- Como consecuencia de esta situación y desde hace más de 10 años, nuestras autoridades se han venido reuniendo primero con los directores de Hospitales, luego con autoridades del MSP y en los últimos años con las diferentes autoridades de ASSE.- En todo momento las autoridades han reconocido la situación y nos consta que se ha puesto la mayor buena voluntad para mejorarla, conscientes de la necesidad de prestar una adecuada atención al paciente.- Sin embargo las acciones no han tenido impactos significativos en los resultados.- A esta situación no deseada por ninguno de los actores involucrados, que puede obedecer a múltiples factores, entre otros: la complejidad del sistema público, los múltiples procesos asistenciales que deben coordinarse para dejar los recursos de puerta de emergencia disponibles, se agregan los frecuentes problemas sociales de los pacientes a los que deben enfrentarse los funcionarios médicos y no médicos que trabajan en el sector público.- En el año 2010, entre otras medidas, se instauró un sistema de coordinación por parte de ASSE que definió que previo al traslado para internación en servicio de puerta hospitalaria, el encargado de cabina asistencial de la unidad móvil debía llamar al Centro Coordinador para que se le asigne destino.- Esto no generó una mejoría en el tiempo real de espera, sino que la espera pasó a descomponerse en 2 segmentos, uno correspondiente a la espera de asignación de destino/cama por parte del centro coordinador de ASSE y otro segmento correspondiente a la espera que el recurso asignado estuviera realmente disponible.- Esto llevó a que a la anterior espera de dos horas promedio, en los servicios de puerta de los efectores de ASSE, pasara a ser en promedio de 1 hora y 15 minutos, y la espera entre que se llama a la coordinadora y se le indica el móvil y a qué efector de ASSE trasladar, de unos cuarenta y cinco minutos. Es decir, el tiempo real total de espera es el mismo, con el agravante de que los pacientes y familiares esperan ansiosos dicha asignación, lo que genera tensión y riesgo de agresión en muchos casos al equipo al equipo asistencial.- Comparten nuestra preocupación por esta situación el sindicato que representa a los trabajadores

de nuestras empresas, los cuales emitieron un comunicado, que parte de su contenido leeremos textualmente:- 'En primer lugar afirmar que la demora en las puertas de emergencia de los hospitales públicos para recibir pacientes trasladados tanto por las emergencias móviles privadas como las públicas NO es un tema nuevo. A diario las diferentes ambulancias deben permanecer varias horas con el paciente arriba hasta que el mismo sea aceptado en la puerta de emergencia, incluso con pacientes delicados. Esta situación también se da en menor grado en las instituciones privadas.- Más allá de que las ambulancias cuenten con el equipamiento adecuado para atender un paciente, el mismo debe ser recibido en el centro hospitalario para su tratamiento.- Es claro que en el caso de los hospitales públicos la saturación de pacientes a ser atendidos genera este tipo de situaciones, pero sin duda deberá analizarse la capacidad de resolución a los efectos de revertir esta cotidiana situación de espera de las ambulancias. A diario es común ver colas de ambulancias en los diferentes hospitales.- Dicha espera genera un estado de ansiedad del paciente y su familia que a su vez se trasmite al equipo asistencial, haciéndolo responsable de lo que se sucede, además de generar confrontación entre el personal de las puertas de emergencia y el de las ambulancias".- En estos momentos que corren podría asignársele a esta situación un sesgo político que nosotros queremos descartar totalmente, ya que este es un problema que tiene mucho más de 10 años.- Es importante destacar la apertura y buena intención de las autoridades de ASSE y su vocación de colaboración que compartimos nosotros.- En este último periodo ASSE ha generado protocolos para el traslado oportuno de pacientes atendidos por ese prestador público y que requieren realización de procedimientos específicos para patologías graves (realización de trombolíticos en agudo o que requieren la realización de una cineangiocoronarografía de urgencia). Esto desde nuestra perspectiva le agrega valor a la propuesta asistencial de ASSE y mejora sustancialmente la asistencia de estos pacientes, brindándole un servicio de primer nivel que compite con ventajas aún con el sistema privado local y de muchas partes del mundo. Pero no seríamos honestos si no reconociéramos que la problemática de la espera en puertas de emergencia subsiste y que es un hecho real sobre el que hay que trabajar para dar una solución definitiva, tomando en cuenta que un efector de ASSE, como lo es el Hospital Pereira Rosell, lo tiene resuelto ya desde hace años.- En resumen venimos en representación de un sector que tiene un lugar fundamental en nuestro sistema de salud, que realiza 1.500.000 asistencias por año con una capacidad de resolución del 95%.- El 5% de pacientes que son trasladados a puerta de hospitales, en el área metropolitana, tienen una espera promedio de 2 horas, con picos de hasta 10 horas, lo que genera dificultades a los pacientes. Sigue siendo nuestra intención dar solución definitiva a este tema".

SEÑOR CHIESA.- Gracias por la información que nos acaban de brindar y pido disculpas por haber llegado tarde.

Escuchamos con mucha atención la exposición. Pensamos que más allá del problema, evidentemente, estas situaciones generan un costo muy importante para las empresas. Me imagino que cuando hay un móvil retenido por mucho tiempo en la puerta de un hospital o de un centro privado requiere que la misma empresa tenga otros móviles pendientes para atender al resto de los usuarios, y seguramente esto incremente los costos a nivel de las empresas.

Aparte de esto, el tema más importante que nos atañe y que nos compete como médicos, es la preocupación de la espera para el paciente que está dentro del móvil, necesitando atención, por ejemplo, en el caso de una terapia específica como la trombolítica, que requiere atención en el menor tiempo posible.

Me llama la atención que en el Centro Hospitalario Pereira Rossell este tiempo se haya reducido enormemente. Por lo tanto, me gustaría saber cuáles han sido los instrumentos que han permitido esto, de manera de trasladarlos al resto de los centros asistenciales para evitar las demoras.

SEÑORA PRESIDENTA.- Esa pregunta es clave, pero también me gustaría saber cuál es la evolución, la dirección del proceso, si se va agudizando y tendiendo a dificultar mucho más la atención médica, o si a pesar de que los tiempos son muy importantes va en descenso.

SEÑOR VÁZQUEZ.- Quiero hacer una precisión. En estos momentos, para los casos de trombólisis o de cineangiocoronariografía de urgencia, estamos generando protocolos de atención inmediatos que evitarían el pasaje por la puerta. Destacamos esto como un hecho muy importante y bueno que ha generado ASSE en los últimos tiempos. En lo que tiene que ver con el Centro Hospitalario Pereira Rossell, "back office" de cómo actúa no lo tenemos preciso. Lo que recibimos es el resultado significativamente mejor de los prestadores privados en el Pereira Rossell con relación a los principales

hospitales de ASSE: Hospitales Pasteur, Maciel y Español. Exactamente, cuál es la clave de éxito del Centro Hospitalario Pereira Rossell no la sé; siempre digo que hay que copiar de los mejores, y habría que ver cómo actúan ellos para lograr ese resultado tan bueno.

Otros hospitales públicos también tienen resultados muy buenos. El Hospital Policial tiene una espera de 16 minutos y el Hospital Militar de 19 minutos. Nosotros queremos dejar de lado el antagonismo público-privado. En la esfera pública también se pueden lograr resultados óptimos -en este caso, como indicador de calidad de la espera en puerta- parecidos, iguales o aún mejores que los del sector privado.

SEÑOR DÍAZ.- Complementando la respuesta, sin lugar a dudas que para nuestras empresas es un costo de no eficiencia; somos ineficaces. Pero no se trata de eso, no es lo que nos preocupa. No es un problema de dinero que tengamos seis ambulancias "secuestradas" -como se dice en la jerga- en las puertas de los hospitales; ni siquiera es de recurso físico, porque sería sencillo de solucionar comprando más ambulancias. Es un problema de recursos humanos, de montar esa ambulancia capacitada

Además, la eventualidad de los hechos -tenemos estudiado cuándo se da; los lunes, los martes, los miércoles, la hora, los meses; tenemos miles de gráficas- es impredecible, aleatoria. Eso implica que en esos momentos en que tenemos seis o siete ambulancias fuera de lo que es nuestro servicio habitual, el recurso humano es lo más difícil de llamar y suplantarlo. Es un tema logístico de reposición de recursos humanos y no de costos que, sin lugar a dudas existe, pero es lo que menos nos preocupa. Evidentemente, tener esas ambulancias fuera de lo que es la estructura habitual para responder a nuestros afiliados nos expone frente a otros pacientes que van a necesitarlas para un caso grave.

Nos preocupa y mucho, pero quería aclarar que no es un tema económico, en absoluto.

SEÑOR VÁZQUEZ.- También hay que mencionar las tensiones que se generan en los equipos humanos, porque el médico de la ambulancia se enfrenta con el paciente y su familia, y los médicos de la ambulancia con los funcionarios de la puerta de ASSE.

Por otra parte, muchas veces las ambulancias están tantas horas esperando que tenemos que hacer el relevo de funcionarios arriba del móvil y, obviamente, se nos acaban los insumos porque las ambulancias tienen recursos finitos.

La señora Presidenta me preguntó acerca de la evolución. En realidad, si uno la ve mes a mes, puede observar que tiene variaciones, pero nunca es más de dos horas, dos horas y veinte minutos, o dos horas y treinta minutos. No ha habido una evolución significativa con relación al tiempo; lo que ocurrió fue que en el año 2010 se cambió la forma de hacerlo. Antes del año 2010 llevábamos al paciente al hospital que estaba más cerca, nos poníamos en la fila y esperábamos. Ahora llamamos a una coordinadora que nos dice a qué puerta de emergencia tenemos que ir. Entre que llamamos y la coordinadora nos dice dónde tenemos que ir, hay una espera promedio de cuarenta y cinco minutos, y después esperamos en el lugar una hora y quince minutos, una hora y veinte minutos, o una hora y treinta minutos. Es decir que la espera es la misma, pero está separada en dos segmentos, como ya dijimos.

SEÑOR DÍAZ.- Quiero aclarar que estos son tiempos promedios, pero a veces hay situaciones especiales, que exceden estos tiempos y que, además, expone a nuestra gente a riesgo de agresión.

Si mi padre está teniendo un infarto en ese momento y el médico de la ambulancia está en mi casa y no se lo lleva, y cuando le pregunto por qué no lo lleva, me responde que todavía no porque hay que esperar destino. Si a la hora le vuelvo a preguntar, y me responde que debemos esperar porque todavía no tienen destino, y cuando pasan tres horas y seguimos igual, le digo al médico: si mi padre se muere, yo lo mato. Realmente, esto genera una inseguridad de riesgo para nuestra gente, y eso nos preocupa.

También nos genera inseguridad frente a las personas que están en las puertas de los hospitales, porque están saturadas de trabajo. Se da un enfrentamiento médico- médico, enfermero- enfermero que no debería ser, porque los que están en la puerta dicen: "Otra vez viene otra móvil a traerme un paciente". Yo me pongo en su lugar y digo está bien, pero lo que ellos no ven es que no traemos al 95% de los pacientes. ¡Qué sería de

las puertas de sanatorios privados o públicos si en este país no existiera este filtro! Creo que somos un filtro importantísimo de la salud y, además, de economía, porque pienso que economizamos el gasto final de salud, ya que cuanto antes ese paciente se trate -está demostrado internacionalmente-, menos se gasta en el sistema final. Por lo tanto, creo que somos un portal importantísimo en la racionalización de lo que pasa al segundo nivel. Nos ocupamos de todo lo extramuros. Y la prueba está: hay un millón de personas afiliadas. Se nota que lo hacemos bien, porque un millón de personas confían en nosotros.

Algo fundamental e importante son los riesgos que corre nuestra gente, los roces que tiene con la gente que está dentro del hospital. A nosotros también nos toca vivirlo. Yo un día estoy en la ambulancia, pero después también estoy afuera, recibiendo gene en el hospital.

Este año nos hemos reunido con las autoridades de ASSE y nos consta que han hecho esfuerzos para mejorar esta situación en el invierno, aunque no solo se da en esa época.

La situación es real. Como decíamos en nuestra carta, no podemos taparla con la mano; el problema existe, tenemos que sentarnos a buscar las soluciones. Ese es el motivo por el que estamos acá.

SEÑOR RADÍO.- Los problemas están y se han cronificado; eso es algo que se arrastra desde hace largo tiempo y no parecen aparecer las soluciones.

Son problemas claros; problemas porque hay ambulancias secuestradas, porque hay personal técnico calificado que, de alguna manera, también está secuestrado y, sobre todo, de competencias y de responsabilidades entre los técnicos que participan, así como de la situación de los pacientes, que por muy bien equipada que esté una ambulancia -en algunos casos casi parece un CTI móvil-, no es deseable ni saludable para un paciente -que por alguna razón se tomó la decisión de trasladarlo a la puerta de emergencia; seguramente porque requiere una atención de emergencia- que esté en una ambulancia.

Es claro que esta no es una cuestión que requiera una sanción legislativa porque, seguramente, la solución no es tributaria de una ley, pero sí que el Parlamento tiene que jugar el rol de caja de resonancia de estas cosas. En ese caso, no solo le agradecemos la visita sino que me cabe elogiar su responsabilidad en el sentido de que este debería ser un reclamo de toda la sociedad, porque es un problema real que tenemos que no lo hemos sabido resolver. Tampoco tenemos que diseñar nosotros las respuestas.

Recién decíamos que lo que el Centro Hospitalario Pereira Rossell tiene es un aceitado sistema de "triage" que funciona muy bien, donde clasifican a los pacientes según la gravedad. Ese sistema se ha tratado de implementar en otros lados pero no con el mismo éxito y, por lo tanto, me parece que habrá que pensar. Recuerdo que cuando yo hacía guardias en la puerta del Hospital Pasteur llegaba a la guardia -en aquel momento eran de 24 horas; creo que ahora son de 12 horas-, y me asustaba cuando preguntaba en el piso cuántas camas libres había. Cuando me respondían que eran cuatro, significaba que iba a tener cuatro posibilidades de ingresar pacientes, e iba a tener más de cien consultas ese día. Pensaba que de cien consultas, noventa y seis se volvían para la casa; cada vez que ingresaba un paciente se agotaba el 25% de los recursos, e iba a tener un desfile de ambulancias todo el día en la puerta. Cada vez que sonaba una sirena uno se hacía cruces. Ese es un problema real que tiene la sociedad y tenemos el compromiso de asumirlo todos en forma compartida. Creo que el Parlamento tiene que jugar como caja de resonancia. De alguna manera estoy anticipando que quiero que la versión taquigráfica de esta sesión sea enviada a las autoridades correspondientes.

SEÑORA PRESIDENTA.- Para tener un poco más de información, quisiera saber dónde se concentraría más, a nivel territorial, esta gran demora.

SEÑOR VÁZQUEZ.- Hacemos énfasis en que es en el área metropolitana y, fundamentalmente, en Montevideo.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos la presencia de la delegación.

SEÑOR DÍAZ.- Agradecemos el tiempo que nos han dispensado y vamos a dejar el documento que mencionamos.

SEÑORA PRESIDENTA.- Enviaremos la versión taquigráfica de esta sesión a ASSE, al Ministerio de Salud Pública, a FEMI y a ustedes.

(Se retira de Sala la delegación de la Cámara de Emergencias y Asistencia Médica Extrahospitalaria del Uruguay)

——Sepasa a considerar el proyecto de ley: "Directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. Establecimiento de un nuevo régimen de votación".

Es un tema de larga data que fue votado en el Senado y el Poder Ejecutivo solicita su aprobación por parte de la Cámara de Representantes, dado que en este momento, luego de la situación vivida con respecto al representante de los trabajadores, el Directorio tiene integración par y se dificulta el funcionamiento. En ese sentido, el segundo inciso del artículo 2º del proyecto dice: "Las resoluciones serán adoptadas por mayoría simple de votos, salvo en los casos en que esta ley o el Reglamento General disponga un determinado número de votos para resolver. El voto del Presidente del Directorio se computará doble y resolverá en caso de verificarse empate".

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

SEÑOR CHIESA BRUNO.- Propongo a la señora Presidenta como miembro informante.

SEÑORA PRESIDENTA.- Se pasa a considerar el proyecto de ley: "Código de Ética Médica".

El doctor Torres ha estado hablando con todos nosotros, porque considera que para los médicos es muy importante tener un Código de ética y el doctor Balboa conversó con el señor Diputado Chiesa Bruno. En ese sentido, si no hay dificultades, sería bueno aprobarlo antes del 15 de setiembre, porque a veces pasa lo que ocurrió ayer con el proyecto relativo a los fisioterapeutas, que en la Comisión tenía posición unánime y las circunstancias obligaron a que el Plenario resolviera enviarlo nuevamente a este ámbito.

(Diálogos)

——Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

(Diálogos)

SEÑOR CHIESA BRUNO.- En cuanto al proyecto de los fisioterapeutas, propongo recibir a la Escuela de Posgrado y a la Facultad de Medicina para tener su opinión en cuanto a los fisiatras.

Digo esto porque nunca leí ni escuché ninguna opinión de esas instituciones sobre el asunto.

SEÑOR RADÍO.- Quizás podríamos sesionar martes y miércoles de la semana próxima.

SEÑORA PRESIDENTA.- Entonces, se invitará a la Escuela de Posgrado y a la Facultad de Medicina para la semana próxima.

Por otra parte, me gustaría analizar los asuntos planteados por la doctora Marlene Sica.

SEÑOR CHIESA BRUNO.- Propongo esperar al martes y ver si tenemos alguna opción.

SEÑOR RADÍO.- También quisiera que la Comisión recibiera a grupo de licenciadas en enfermería que están constituyendo un sindicato.

SEÑORA PRESIDENTA.- En lo posible, coordinaremos todas las entrevistas para el próximo martes y conversaremos con el señor Diputado Bianchi para que sea el miembro informante del proyecto de ley de Código de Ética Médica. El Senado acaba de enviar dos carpetas, una relativa al "Sistema Nacional de Residencia Médica.- Modificación" -cuya urgencia se destaca- y otra al "Colegio Médico del Uruguay.- Modificación del artículo 33 de la Ley Nº 18.591".

SEÑOR CHIESA BRUNO.- Lástima que el proyecto de "Sistema Nacional de Residencia Médica" se presente ahora, porque es muy importante, sobre todo para el interior.

SEÑOR RADÍO.- Coincido con el señor Diputado Chiesa Bruno.

SEÑORA PASSADA.- Estamos de acuerdo.

SEÑORA PRESIDENTA.- La idea de la Mesa es sesionar el martes y miércoles de la próxima semana, y si se presentase durante el receso alguna situación extraordinaria, se convocaría a una sesión extraordinaria.

No habiendo más asuntos, se levanta la reunión.